

COMPETITIVIDAD Y GENERACION DE VALOR SECTOR

SALUD DE COLOMBIA (2002-2013)

RESUMEN

Con esta investigación se efectuó un análisis crítico del sector salud en el país. Primero se aplicó la metodología de Porter (1979), explorando en detalle los cinco componentes relativos al mencionado sector: clientes, proveedores, potenciales competidores, actuales competidores y productos sustitutos. Además, se empleó la técnica de Valor Económico Agregado (EVA), como forma de conocer en detalle los resultados financieros que logran las empresas del sector, expresado en las utilidades obtenidas, una vez atendidos todos los gastos y satisfecho una rentabilidad mínima por parte de los accionistas.

Palabras clave: Eva, Rentabilidad, Competitividad

INTRODUCCIÓN

La reforma mediante la cual se gestó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia – establecida mediante la Ley 100 de 1993–, sentó las bases para la prestación de los servicios de salud, a través de una red de entidades privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. El sistema de salud en el país se constituye por dos regímenes. Uno se denomina régimen contributivo, en éste se vinculan los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El otro es el régimen subsidiado, al cual se vincula a la población vulnerable, que ha sido previamente identificada por el Estado, además, se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

El sistema de salud, de acuerdo a lo establecido en la jurisprudencia existente, debería funcionar con cobertura universal, sin embargo, ésta no es completa, en parte por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar las coberturas de salud a través de los dos regímenes existentes, debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal.

REVISION LITERARIA

El marco más utilizado para valorar lo atractivo de un sector fue elaborado por Michael Porter (1979), al identificar cinco fuentes de presión competitiva que determinan la rentabilidad de un sector: la amenaza de la sustitución, la amenaza de posibles nuevos concurrentes, la intensidad de la rivalidad entre los competidores, el poder de negociación de los compradores, y el poder de negociación de los proveedores.

Estas cinco fuerzas influyen en precios, costos y requisitos de inversión, que son los factores básicos que determinan la rentabilidad. El modelo de Porter establece unos protagonistas (competidores, compradores, proveedores, posibles nuevos concurrentes y sustitutos), sus interrelaciones (las cinco fuerzas) y los factores que determinan la intensidad de dichas fuerzas.

En el modelo de Porter, los productos sustitutos se refieren a productos de otros sectores, que pueden realizar la misma función. Las empresas que ofrecen sustitutos son competidores en potencia y plantean una amenaza a las empresas que fabrican el producto original. La disponibilidad de sustitutos afines puede ejercer presión en un sector para que se mantengan los precios a un nivel competitivo, limitando así la rentabilidad del sector.

Las empresas venden sus productos y servicios a compradores que pueden ser distribuidores, intermediarios, consumidores finales u otros fabricantes. Tanto proveedores como compradores intentan ejercer su poder para conseguir el precio más bajo, la calidad más alta y el mejor servicio en perjuicio de la rentabilidad del sector.

La entidad que puede darse el lujo de soportar los costes tiene el poder de imponer sus propias condiciones. Algunas empresas juegan mejor la partida de la negociación que otras, el poder de la negociación no es un factor intrínseco de la empresa, sino que queda configurado por varios factores relacionados con la estructura del sector en su conjunto.

VALOR ECONOMICO AGREGADO - EVA

El Valor Económico Agregado – EVA - es una medida de beneficio económico. Se calcula como la diferencia entre Beneficio Operativo Neto después de Impuestos y el costo de oportunidad del Capital invertido. Este costo de oportunidad es determinado por medio del costo ponderado de la deuda y del patrimonio. (Definición de Stern Stewart & Co, creadores y propietarios del concepto y de la fórmula de cálculo del EVA).

El Valor Económico Agregado (EVA) es calculado mediante la diferencia entre la tasa de retorno del capital ROI y el costo del capital WACC, multiplicada por el valor económico en libros del capital envuelto en el negocio:

$$E.V.A. = (ROI - WACC) * K, \text{ Donde, ROI: } UODI / \text{Capital.}$$

UODI: Es la utilidad operacional neta antes de gastos financieros y después de impuestos, entonces $UODI = UNO * (1-t)$.

WACC: Es el costo promedio ponderado del capital y K: Es el capital invertido.

SECTOR SALUD COLOMBIA: FUERZAS COMPETITIVAS PORTER

La existencia de la descentralización en salud lleva a que los municipios se conviertan en el eje fundamental para el desarrollo y cobertura en los servicios de salud. Gracias a la existencia de economías de escala estos servicios aumentan la cobertura y complejidad a medida que es mayor la población local, con menores costos unitarios. Por esta razón las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de municipios principales se convierten en punto de atracción para la demanda de habitantes de los municipios contiguos, induciendo a los participantes del sistema hacia los entes territoriales. Cada mecanismo de pago en el sector salud implica un conjunto de incentivos y de riesgos financieros para los participantes. Las formas de pagos que están dados por los precios tienen impactos directos en los objetivos del sistema de salud, la eficiencia de los prestadores de servicios, la calidad de la prestación y la contención de los costos hospitalarios (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2005).

El Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008) analiza los precios de mercado transados entre aseguradores y proveedores de servicios de salud para las actividades, procedimientos e intervenciones, de acuerdo con las formas de contratación y en diferentes condiciones de competencia, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado y en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud.

Si el usuario conoce la información del servicio de salud que va a adquirir, tiene más posibilidades de hacer un uso racional del mismo y negociar con el oferente exitosamente, de tal manera que el usuario pueda hacer el manejo y el cuidado de su salud y el de su familia.

En el sistema que opera, la asimetría de información tiene que ver con el desconocimiento del sistema mismo y la poca información con que cuentan los usuarios para escoger libremente una EPS dentro de las opciones también restringidas. Además, los usuarios tampoco tienen la

posibilidad de escoger la IPS o los profesionales de salud, porque son impuestos por la EPS a la que se están afiliados; o sea que la libre elección como principio del sistema y la información completa para hacer la elección no son una realidad en este sistema de salud, lo que impacta en el poder del comprador y determina el tamaño y concentración en el sector (Córdoba, 2005).

En 1993 Colombia inició una reforma integral del Sistema de Seguridad Social a través de la Ley 100, cambiando de un sistema de monopolio público a un modelo de participación privada con tres componentes o subsistemas: pensiones (aportes de retiro), salud y riesgos profesionales (Uribe, 2002). En el caso específico del componente de salud, se establece el aseguramiento obligatorio en salud, que tiene como propósito universalizar la cobertura del plan de salud; los subsidios a la oferta son cambiados por subsidios a la demanda en un esquema donde el dinero sigue a los consumidores y nuevas instituciones fueron creadas para garantizar la conformación de un mercado regulado (Rodríguez, 2010).

El régimen contributivo es financiado mediante impuesto sobre la nómina (parte asumida por el empleador y parte por el trabajador) (Chávez, Navarro, & Prada, 2007); y el régimen subsidiado es financiado con fondos públicos y con una contribución de solidaridad que realiza la población del régimen contributivo (Fresneda, 2003). El principio de solidaridad implica que todos pagan de acuerdo a su capacidad financiera pero reciben según sus necesidades en salud.

El hecho de que exista cobertura universal quiere decir que ambos regímenes tienen derecho al mismo Plan Obligatorio de Salud (POS). Éste ofrece protección integral en atención de la salud a la población afiliada en las fases de educación, información, promoción y prevención de la salud, tratamiento y rehabilitación, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales bajo su

denominación genérica, para los diferentes tipos de servicios y en todos los niveles de complejidad (Comisión de Regulación en Salud, 2011).

Antes de la Ley 100, entre el 75% y el 80% de los colombianos no estaban asegurados y su atención, solo en el caso de urgencias vitales, era provista por hospitales públicos a través de subsidios a la oferta. Colombia encaraba problemas de inequidad, ineficiencia y pobre acceso a la atención de la salud lo cual fue la motivación de la reforma (Rodríguez, 2010).

El nuevo sistema de salud contiene un par de estrategias que se han orientado a las naciones en vía de desarrollo, con el fin de resolver los problemas del acceso y las condiciones generales de salud, en los que la exclusión y la desigualdad se destacan: 1) el sistema formula el objetivo de aseguramiento universal, buscando la cobertura de toda la población con un conjunto bastante amplio de servicios; y 2) este seguro se plantea como una solución a las barreras de acceso, especialmente de tipo económico, con la participación de los agentes privados y un entorno de mercado en su oferta (Rodríguez, 2010).

Al interior del aparato del sector salud de Colombia se pretende limitar la integración vertical entre EPS e IPS, con miras a prevenir prácticas restrictivas a la competencia, sin embargo la evidencia empírica señala que no es concluyente el efecto de la integración vertical sobre la competencia entre aseguradoras (Merlano & Gorbaneff, 2011). Esta hipótesis se mantiene sobre la cierta evidencia teórica y empírica, que muestra que la integración vertical no tuvo efectos sobre la competencia de las EPS del Régimen Contributivo en el período posterior a la aplicación de la restricción del 30% de contratación entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

A través del artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, se pretendió restringir la integración vertical entre aseguradores y prestadores de servicios de salud. Se indicó el riesgo que tiene la integración vertical para la competencia entre aseguradoras, porque permite a las EPS obtener posiciones dominantes en el mercado. Así mismo, con la integración vertical se perdieron algunos de los beneficios de la competencia entre EPS, y se mencionó el proceso de integración vertical podía llevar a una consolidación de monopolios de las aseguradoras (Castaño, 2004).

Entre tanto, se ha afirmado que en el país, se producen menos beneficios mediante un sistema de salud en el cual haya independencia entre empresas aseguradoras y prestadoras del servicio de salud, en contraste con un sistema en el que exista integración vertical (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007), además, los beneficios de la integración vertical dependen del tamaño del mercado y participación de las firmas, aunque se desconoce explícitamente el nivel de competencia entre aseguradoras bajo un esquema de integración vertical.

Se considera la cultura como un elemento esencial dentro del fenómeno de salud y enfermedad, que se ha abordado desde diferentes perspectivas, en el ámbito de la salud pública. En lo que respecta a la práctica actual de la salud en Colombia –así como en otros países de la región–, se encuentran presentes diferentes modelos y estrategias, en los cuales es posible rastrear diferentes formas de abordar la cultura (Duque, 2007).

El sistema colombiano se caracteriza por una concentración de poder en las empresas de salud (EPS) y en los proveedores de fármacos, bajo una supervisión pública que ha demostrado no tener la eficiencia necesaria para regular el sistema, el gobierno tiene la obligación de controlar y poner límites para que las EPS (24 en la actualidad) no se conviertan en un oligopolio o

repitan la experiencia de contención del mercado de la intervenida Saludcoop, que tiene aproximadamente el 31 por ciento de los afiliados al contributivo.

Luego de veinte años, el desarrollo del modelo de aseguramiento en Colombia ha presentado ciertas tendencias que ratifican su validez. Esto lo ratifica la existencia de dos elementos estructurales: 1) la expansión de la cobertura del sistema en muy pocos años; y 2) la gran capacidad que ha mostrado la sociedad colombiana para arbitrar recursos a favor del sector (Núñez & Zapata, 2012).

En 2011 se destinaron alrededor de \$45 billones para la salud, equivalentes a más de 9 puntos del PIB. Este monto de recursos representa cerca de \$1 millón per cápita (US\$ 550), es decir, alrededor del 10% del ingreso de cada colombiano (Núñez & Zapata, 2012). Cabe mencionar que estas cifras esconden grandes diferencias según el modo en que participa cada ciudadano en el sistema de salud por su tipo de afiliación. Igualmente, las cifras permiten afirmar que la meta de universalización es prácticamente una realidad. El sistema además dispone de los recursos para afiliar a más de un millón de vinculados que aún existen (Núñez & Zapata, 2012).

Cabe afirmar que los recursos serán siempre insuficientes si no se hacen ajustes básicos que garanticen el funcionamiento del sistema de salud a largo plazo. El problema del sector no es de recursos, pues estos han crecido en forma sostenida muy por encima de la inflación, sino que están relacionados con el diseño y la gestión de los mismos. Ahora bien, es necesario decir que a pesar de la difícil coyuntura, el debate no se debe centrar en cuestionar la validez del modelo de aseguramiento, sino por el contrario, en diseñar los ajustes para consolidarlo. El sistema actual debe continuar, ya que sus resultados han sido positivos y demuestran un avance para la salud de los colombianos, no tan sólo en cobertura y disponibilidad de recursos. Así mismo, el

acceso a los servicios de salud se ha expandido, al tiempo que éstos se han hecho de mejor calidad.

De cara a los próximos años, y bajo el supuesto que ya se habrá completado tanto la universalización como la nivelación de los planes de beneficio, la atención a la población subsidiada y la red de servicios que la atiende debe enfrentar problemas centrales como los siguientes: ¿qué hacer con la red hospitalaria?, ¿fortalecerla, liquidarla, entregarla a un agente público o privado para su manejo? La solución apunta a tener una red pública eficiente y fortalecida, que es una tarea compleja que requiere un gran esfuerzo financiero. La Ley 1438 permite destinar recursos para este fin; sin embargo, el proceso de reestructuración de hospitales ha perdido fuerza en los últimos años y debe continuar a largo plazo (Arboleda, 2012).

Al igual que con el resto del sistema de salud, la prestación de servicios a la Población del subsidiado se va volviendo más costosa año a año debido a la innovación tecnológica, el envejecimiento de la población y el aumento de la frecuencia de utilización de las prestaciones por efecto de la maduración del sistema de salud, entre otros. De este modo, se genera una fuerte presión de gasto que se puede hacer insostenible si mantiene el crecimiento de los últimos años

El análisis del régimen contributivo ha mostrado diversos y graves problemas financieros. Aunque se adelantaron los ajustes al interior del régimen (como la disminución de la transferencias a la subcuenta de solidaridad) y se han aplicado algunos controles a la dinámica de dicho gasto (como el límites de precios a los medicamentos recobrados al FOSYGA), aún no es claro el futuro financiero del régimen contributivo bajo los actuales parámetros de cotización y el nuevo POS, actualizado recientemente (Núñez & Zapata, 2012).

En las siguientes líneas se lleva a cabo un recuento de los principales problemas identificados, lo cual se efectúa de manera sintética, además se hacen algunas recomendaciones de política con fin de aportar a su solución.

En los últimos años los recobros se han multiplicado notablemente.

Es pertinente enfatizar en el caso de los medicamentos biotecnológicos, cuyo gasto significa un impacto importante sobre el valor de los recobros.

No existe el análisis técnico de los aspectos relativos a la integración vertical, tal que posibilite entender los riesgos reales y sus beneficios..

Frente a lo anterior, se requiere que el sistema logre una adecuada maduración en tres aspectos fundamentales:

- Utilización y publicación de indicadores de calidad que permitan a los usuarios ser consumidores inteligentes, tomando decisiones objetivas desde los resultados en salud de los diferentes actores del sistema.
- Inspección, vigilancia y control que garantice la libre competencia entre actores que compitan por calidad y respeten, ante todo, la libertad de elección por parte del usuario.
- La transparencia en el SGSSS, que debe empezar por el claro liderazgo del rector por excelencia del sistema: el Ministerio de Salud, que deberá convocar a todos los actores del sistema al trabajo mancomunado que garantice mejores resultados en salud para la población y la viabilidad financiera del sistema.

Al respecto se tiene que el sector gasta alrededor de \$45 billones al año y sus numerosos sistemas de información aún no dan cuenta en forma sistemática del impacto del sector, de la eficiencia

del gasto, de las razones de su dinámica ni de la situación financiera de sus principales actores, entre otros.

A pesar que en el sector salud se ha presentado competencia entre sus integrantes, y que existiendo un mercado, las leyes, normas o comportamientos que estos tienen en otras áreas simplemente no se presentan, los precios se mantienen altos, aún con exceso de capacidad; la tecnología es costosa, aunque se utilice ampliamente y los médicos siguen cobrando altos precios, independientemente de la calidad con que lo hagan (Caballero, 2001).

Se considera que las instituciones aseguradoras deberían enfocarse en la reducción de los costos administrativos e intentar mejorar los tiempos de hospitalización, tratamientos y pronósticos médicos, sin trasladar la responsabilidad a los pacientes o a los médicos. Lo anterior con base en adecuado y pertinentes sistemas, tanto de información como de monitoreo. Incluso, deberían estudiar concienzudamente a aquellos proveedores que se desempeñan con alta calidad, deberían procurar observar la relación coste/beneficio y negociar mejores precios por sus servicios (Caballero, 2001).

Adicionalmente, es claro que es menester procurar que los intereses de los pagadores y de los usuarios sean compartidos evitando sobrecostos: los pagadores deben proteger a los afiliados y pagar sus cuentas; simplificar las cargas administrativas de papeleos, confirmaciones y autorizaciones a la que se somete cualquier usuario hoy en día; mejorar los sistemas de detección de fraudes al seguro, de tal manera que no haya sobrecostos en el pago de los servicios; e incrementar la responsabilidad del paciente mediante la utilización de deducibles, copagos, presupuesto graduado o cubrimientos parciales (Caballero, 2001).

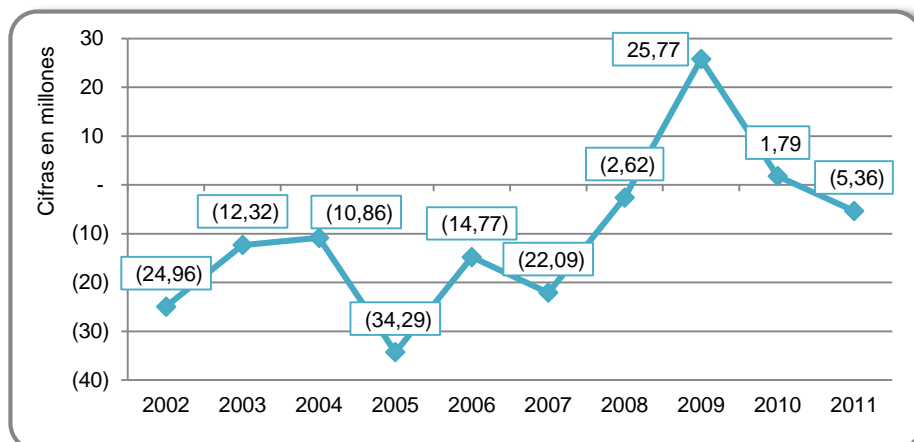
Con base en lo mencionado hasta este punto, resultaría válido afirmar que una estrategia que considere como piedra angular al mercadeo, debe centrar su operatividad en la comunicación de las ventajas comparativas y la satisfacción de los consumidores.

Productos sustitutos para un sistema de salud es casi impensado, pero analizando objetivamente en países desarrollados, al tener experiencia substancial con la migración (de 10 años o más) ayuda a que las perspectivas para el retiro de los trabajadores sin contribuciones a la seguridad social coincidan con las de los no-migrantes cubiertos por la seguridad social, lo cual indica que la experiencia migratoria de largo plazo efectivamente actúa como un sustituto para la seguridad social (Mariano Sana y Chiung-Yin Hu, 2006).

CREACIÓN DE VALOR DEL SECTOR SALUD, 2002-2013

En los apartes anteriores se realizó un análisis detallado respecto a las fuerzas que intervienen en el sector salud de acuerdo a la metodología de Porter, a continuación se presentan los resultados, en miles de pesos colombianos, de las mediciones realizadas para determinar el EVA generado por el sector y se detalla que empresas generaron mayores y menores durante el período analizado. Para el sector salud, los resultados de generación de EVA son los que se aprecia en la gráfica

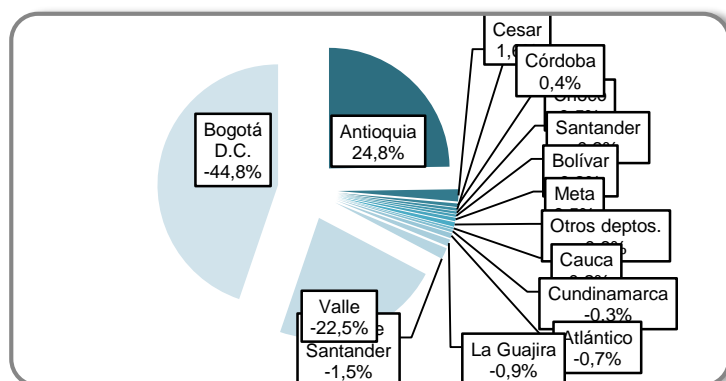
Gráfica 1. EVA del sector Salud, 2002-2013



Fuente: Cálculos de los autores

Al cambiar el parámetro de medición de las empresas a los departamentos donde estas se ubican, se encontró lo siguiente.

Gráfica 2. Participación en la generación de EVA por departamentos en el sector salud, 2002-2011



Fuente: Cálculos de los autores

La figura anterior muestra claramente que Bogotá D.C. corresponde a la unidad administrativa que más destruye valor, en contraste, el departamento que genera mayor valor en Colombia es

Antioquia, lo grave es que los departamentos que generan valor no alcanzan a generar el suficiente para que el sector en general logre una generación adecuada de valor.

Tabla 1. Rankin de eficiencia en generación de EVA en el sector Salud, 2011

NIT	Razón Social	AON (K)	EVA	REA = EVA / K
830039460	OXYMASTER LIMITADA	2.437.009,00	887.720,32	17,71%
890108986	LABORATORIO MICROBIOLOGICO BARRANQUILLA LTDA	578.611,00	353.339,24	18,75%
900291373	BOSTON MEDICAL GROUP DE COLOMBIA SAS	412.896,00	149.559,43	18,78%
900025613	NUCLEAR CDD SA	682.091,00	681.702,90	20,07%
830015870	SISMEDICA LTDA	392.509,00	401.408,70	24,18%
820003390	SERVICIOS DE INGENIERIA LTDA	81.328,00	75.600,06	25,13%
900146349	MISION VIDA Y DESARROLLO LTDA	30.751,00	1.735.044,09	27,02%
900025612	CENTRO DE IMAGENES PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA S.A	211.268,00	696.694,96	29,89%
800038646	EMPRESA DE SERVICIOS FASE LIMITADA	6.763,00	68.217,38	30,61%
900295986	FISHER CLINICAL SERVICES COLOMBIA SAS	2.036,00	2.224.800,69	39,94%

Fuente: Cálculos de los autores

Con el fin de complementar el análisis del sector, se procedió a realizar un análisis de la eficiencia del capital para generar valor, para esto se utilizó una simple fórmula llamada REA, la cual consiste en relacionar la generación de valor y el capital invertido en el periodo. En la Tabla 1 se presentan las compañías de salud más eficientes.

CONCLUSIONES

Es posible afirmar que el sector de la salud en Colombia reviste numerosas complejidades en razón del número de agentes que vincula, las relaciones que establecen esos agentes, el impacto de las decisiones que se toman en su interior, y quizás lo más relevante, por el carácter de derecho fundamental que es propio de la salud.

El sistema de salud colombiano aún no ha logrado la cobertura universal esperada, por dificultades en la vinculación de contributivos y subsidiados. Con miras a que el sistema se mantenga, se debe promover su estabilidad a largo plazo, a través de la inyección de recursos distribuidos adecuadamente; por tanto las medidas de control deberían fortalecerse.

Luego de la estimación del EVA se encontraron resultados heterogéneos en cuanto a los resultados de las empresas pertenecientes al sector de la salud. Por un lado, algunas de las firmas más conocidas y con mayor cantidad de afiliados, destruyen valor. Por otro lado, en lo que se refiere al desempeño de las empresas agregadas departamentalmente, se evidenció que Antioquia y Bogotá, respectivamente son los que más generan y destruyen valor.

BIBLIOGRAFÍA

- Arboleda, J. (2012). *Estudio de Fedesarrollo reaviva discusión sobre sostenibilidad del sistema de salud*. Recuperado el 21 de Agosto de 2013, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/1210oct/general/general-11.htm>
- Castaño, R. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 3(6), 35-51.
- CEDEX. (2001). *Estrategias de producción y mercado para los servicios de salud*. Bogotá D.C.: CENDEX.
- Chavez Contreras, P. A., Navarro Ayala, L. M., & Prada Grandas, E. M. (2007). Analisis del funcionamiento del regimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*(41.148), nd.
- Duque Páramo, M. C. (2011). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*,9(2), 127-142.

- Bautista, Ó. (2003). La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Revista de Salud Pública*, 5(3), 653-663.
- Merlano, C., & Gorbaneff, Y. (2011). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 170-180.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá D.C.: MinProtección Social.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008). *Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Bogotá D.C.: MinProtección Social.
- Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. *Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP*.
- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., & Ramírez, J. (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano.
- Ronald, S. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano.
- Scovell, C. H. (1916). *Cost accounting and burden application*. Appleton.
- Stern Stewart & Co. (2013). *EVA® Economic Value Added*. Recuperado el 16 de Agosto de 2013, de <http://www.sternstewart.com/?content=proprietary&p=eva>